

熊本県地域臨床実習支援事業実習報告書

令和 年 月 日

熊本県地域医療支援機構理事長 様

申込者

住 所 〒 —

氏 名

大学名学部名・学年

連絡先 電 話 番 号

電 子メール

熊本県地域臨床実習支援事業の実習について、下記のとおり報告します。

① 実習内容について

協力医療機関名	
実 習 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
実習期日及び内容	1日目 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分 診療見学・診療参加 (内容)
	2日目 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分 診療見学・診療参加 (内容)
	3日目 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分 診療見学・診療参加 (内容)

様式 2

④ 地域医療への従事について

ア) 今後、熊本県での地域医療に従事したいと思いますか？

- 強く思う 少しは思う あまり思わない

(その理由)

イ) 実習先の医療機関での地域医療に従事したいと思いますか？

- 強く思う 少しは思う あまり思わない

(その理由)

⑤ 費用負担について

ア) 交通費の支給について

- 在学地から病院までの支給がなければ参加しない。
 熊本市から病院までの支給があれば参加する。
 旅費の支給がなくても参加する。

(意見)

イ) 宿泊費もしくは宿泊施設の提供について

- 宿泊施設もしくは宿泊費の提供がなければ参加しない。
 宿泊費の一部負担があれば参加する。
 宿泊施設若しくは宿泊費の提供がなくても参加する。

(意見)

様式 2

⑥ この事業の実施について

- 今後も必要 どちらともいえない 必要なし

(その理由)

⑦ この事業全般についてご意見ををお願いします。

(改善点・工夫が必要な点なども自由に記入願います。)

⑧ あなたの将来の希望について伺います。(差し支えない範囲でお答えください。)

ア) 初期研修希望先はどこですか？

- 熊本県内の研修病院 (病院名: _____)
 熊本県以外の研修病院 (都道府県: _____ 病院名: _____)
 その他 (_____)

イ) 将来どのような専門医を目指そうと思っておりますか？(複数回答可)

- 1位 (_____)
 2位 (_____)
 3位 (_____)
 4位 (_____)
 5位 (_____)

ウ) 将来、熊本に帰り医師業務に従事したいと思いますか？

- 強く思う 少しは思う あまり思わない

(その理由)

様式 2

⑨ その他、ご意見等ありましたらご自由にお書きください。

○ 記入要領

- ・ 該当する欄に○を記入し、必要事項を適宜記入願います。
- ・ 実習終了後 2 週間以内に提出願います。
- ・ 不明な点は、熊本県地域医療支援機構までお問い合わせください。
(Tel.096-373-5627、Email: chiiki-iryo@kumamoto-u.ac.jp)